CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PALUDISME N° 34

DES

FIÈVRES GRAVES ET PERNICIEUSES

OBSERVÉES EN FRANCE

SUR DES MALADES REVENANT DES COLONIES

ÉTIOLOGIE, TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Février 1888

PAR

A. RECOULES

Né à Comps (Aveyron), le 6 octobre 1859

MÉDECIN DE LA MARINE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

PLACE DE LA MAIRIE

Imprimeur-Éditeur

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE MONTPELLIER

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	COMBAL (✻ ✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.		CAVALIER (✻).
Physique médicale.		MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie.		JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale		ENGEL.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Pathologie interne.		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale .		PLANCHON (✻ ✻).
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe.		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie (Chargé du cours).		GILIS.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻).
DUPRE (C. ✻ ✻).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants.	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .		MOSSÉ (✻).
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. HAMELIN (✻), *président.*
MAIRET, *professeur.*
CARRIEU, *agrégé.*
MOSSÉ (✻), *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A la mémoire de ma Mère

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. RECOULES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HAMELIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. RECOULES.

INTRODUCTION

Le travail que nous avons l'honneur de présenter à la bienveillante attention de nos Juges nous a été inspiré par les manifestations palustres dont nous avons été atteint à notre retour en France.

Nous venons de faire un séjour de deux ans à la Guyane. Après avoir traversé une épidémie de fièvre jaune et avoir eu quelques accès de fièvre intermittente, nous sommes rentré un peu anémié. Un mois environ après notre départ de Cayenne, nous avons eu des accès très caractérisés dans un pays où la malaria est totalement inconnue.

Frappé par cette manifestation subite du paludisme, et assez gravement malade, nous nous sommes décidé à faire des recherches sur ces fièvres à longue échéance.

Le nombre des observations que nous avons pu nous procurer, et la lecture des différents auteurs qui ont écrit sur le paludisme, nous ont prouvé que les accès de fièvre étaient fréquents au retour des colonies ; mais nous avons eu spécia-

lement en vue les fièvres graves et pernicieuses, négligeant à dessein les accès simples.

Notre but a été de chercher quelles étaient les causes du paludisme, la nature de l'agent infectieux, le mécanisme par lequel cet agent peut rester caché pendant de longs mois dans l'organisme, les influences sous lesquelles il se montre subitement loin du pays producteur en affectant des formes graves et pernicieuses, et enfin le moyen de le combattre.

Ce travail est certainement un peu au-dessus de nos forces, et pour le mener à bien il nous aurait fallu avoir une santé meilleure et de longs mois à lui consacrer ; mais le temps nous manque, notre santé laisse à désirer : aussi osons-nous espérer que nos Juges tiendront compte de nos efforts.

Dans le premier chapitre, nous donnons quelques observations de fièvres graves et pernicieuses.

Le second est consacré à l'énumération des théories émises par les auteurs sur la perniciosité, à la classification des fièvres pernicieuses et à l'étude des symptômes qui distinguent ces dernières des fièvres graves.

Dans le troisième chapitre, nous avons recherché les causes des manifestations graves et pernicieuses du paludisme, le développement de l'agent infectieux, son évolution dans l'organisme, et nous terminons par l'exposé des différentes doctrines émises pour expliquer la nature de cet agent.

Le quatrième chapitre ne renferme que quelques mots sur le diagnostic.

Et le cinquième est consacré au traitement.

Nous avons laissé de côté, à dessein, l'anatomie pathologique ; car dans les cas qui nous occupent l'autopsie est souvent muette, et le temps nous a manqué pour faire des recherches sur ce sujet.

Qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements à M. Guès, médecin en chef de la marine, pour le plan et les renseignements qu'il a bien voulu nous fournir.

Nous tenons aussi à remercier publiquement notre excellent maître, M. le docteur Rangé, médecin de première classe de la marine, pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer, et nos camarades MM. Leclerc et Beigneux, qui ont bien voulu nous aider dans la recherche des observations.

Enfin nous prions M. le professeur Hamelin de vouloir bien agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DES

FIÈVRES GRAVES ET PERNICIEUSES

OBSERVÉES EN FRANCE

SUR DES MALADES REVENANT DES COLONIES

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Hôpital Saint-Mandrier (Toulon), Salle 3

Arnaud (Albert), brigadier de spahis sénégalais, entré à l'hôpital le 22 mars 1884, pour fièvre intermittente, mort le 24 avril 1884, d'accès pernicieux, à forme algide.

Le nommé Arnaud (Albert), âgé de 23 ans, arrive du Sénégal, où il a fait un séjour de 3 ans, de 1881 à 1884, dans les spahis. Signes non équivoques d'anémie. Elle serait consécutive à de nombreux accès de fièvre intermittente contractée dans la colonie. Dit avoir eu la fièvre jaune en 1881.

Il déclare avoir, depuis son retour en France, des accès de fièvre qui ne se reproduisent pas à échéance fixe. On lui donne,

le jour de son entrée à l'hôpital, du sulfate de quinine que l'on remplace le lendemain par du vin de quinquina. Tisane vineuse et régime tonique.

Pas d'accès de fièvre jusqu'au 21 avril. Dans la nuit du 21 au 22, on constate un violent accès de fièvre suivi de vomissements. La température, prise à 7 heures du matin, est de 39,5. Le soir, elle est de 38,8. On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine en 2 paquets, à prendre à 7 heures et 8 heures.

Le 22 au matin, la température est de 38,5 et le soir de 38,4.

Prescription : bouillon, demi de vin, 100 grammes de vin de quinquina, 1 gramme de sulfate de quinine, à prendre en 3 doses dans la matinée.

Le 23, la température est, à 9 heures du matin, de 37,8, à 3 heures de 37,4 et à 8 heures de 37,9.

Cette température, prise par le médecin de garde lui-même, ne pouvait faire présager une issue funeste. Le faciès ne présentait rien de particulier : le pouls était normal. A la contre-visite le malade s'était plaint de coliques, on lui avait prescrit un lavement émollient et un cataplasme laudanisé sur l'abdomen.

Le 24 avril, vers une heure du matin, le médecin de garde est appelé en toute hâte et constate les symptômes suivants :

Lividité de la face, pupilles fortement contractées, écume blanchâtre sur les lèvres, qui sont entr'ouvertes et décolorées, respiration stertoreuse, pouls filiforme à 130 pulsations. Résolution musculaire presque complète. Pas de réponse aux questions posées. Température, 36. Peau froide, sans sueurs. On prescrit un lavement avec 1 gramme de sulfate de quinine, et une heure après un second avec 2 grammes. Pendant ce temps, massage vigoureux sur tout le corps, ventouses sèches sur la poitrine, sinapismes aux jambes. A trois heures du matin, on ne constate aucune amélioration. Le malade se refroidit peu à peu, la température variant entre 36,4 et 35,6, et meurt à 5 heures et demie.

A l'*autopsie* on constate une congestion intense des méninges; piqueté abondant de la substance cérébrale ; rien de particulier dans les organes thoraciques. Le foie est à peu près normal ; la rate, hypertrophiée, pèse 670 grammes.

Ce malade est rentré en France en mars. Resté quelques jours en ville, en attendant ses pièces pour un congé de convalescence, il se trouve fatigué et rentre à l'hôpital le 22 mars, pour succomber, un mois après, à la suite d'un accès pernicieux. Le séjour à l'hôpital Saint-Mandrier éloigne toute idée d'intoxication palustre nouvelle : c'est donc l'agent infectieux absorbé au Sénégal qui s'est manifesté en France plus d'un mois après le départ du malade et qui a amené une issue fatale.

OBSERVATION II

Hôpital de Toulon, Salle 2

Turel (Charles), 25 ans, né à Fréterive (Savoie), soldat au 4e d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 28 juin 1885 et meurt, le même jour, d'érysipèle de la face et du cuir chevelu, d'origine probablement palustre.

Différentes feuilles constatent qu'il est atteint d'anémie palustre et de congestion du foie.

Ce malade revient d'un congé de convalescence obtenu à son retour de Madagascar. Il a passé son congé en Savoie. On l'apporte de la gare à l'hôpital, sans connaissance, et on constate un érysipèle de la face avec points sphacélés à la paupière supérieure gauche et aux parties voisines. Température, 40,2. Pouls petit, fréquent. Extrémités froides. La rate paraît très

volumineuse. Selles nombreuses et abondantes à son entrée. La langue est humide, un peu saburrale.

Rien de particulier à l'auscultation du cœur et des poumons.

Délire, carphologie, agitation ; cependant, dans la matinée du 28, le malade répond aux questions qu'on lui adresse.

Mort à deux heures du soir.

Autopsie.—La face est tuméfiée et, outre les lésions signalées, on constate un état de décomposition déjà avancé et l'existence d'une certaine quantité de pus dans le tissu cellulaire des paupières supérieures.

Méninges et cerveau fortement hyperémiés. Légère teinte opaline à la base du cervelet. L'encéphale pèse 1425 grammes ; sa consistance est ferme; coloration normale, sauf piqueté à la coupe.

Le cœur est volumineux et ses cavités contiennent de gros caillots noirâtres.

La rate est très volumineuse, mesurant 0,30 dans son diamètre vertical, 0,15 dans son diamètre transversal supérieur et 0,18 dans le transversal inférieur. Epaisseur considérable, poids 1 kilog. 350, résistance au doigt, induration légère.

Le foie est très volumineux, dur, et pèse 3 kilog. 340 ; coloration jaune-rouge assez claire ; hyperémie très accusée sur les coupes, couleur analogue à celle de la surface.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Il n'a pas été possible d'avoir des renseignements sur ce malade pendant son congé passé en Savoie. Turel vient mourir à l'hôpital, et les lésions constatées à l'autopsie permettent de supposer que le paludisme a joué un grand rôle dans une mort aussi rapide.

OBSERVATION III

Hôpital de Rochefort, Salle 13, n° 6

Le nommé Chaillé-Lacouture, 23 ans, né à la Tremblade (Charente-Inférieure), matelot de 3me classe, entre à l'hôpital le 20 octobre 1887, pour diarrhée chronique.

Cet homme est arrivé du Sénégal depuis 5 jours (Haut-Fleuve) ; il a fait un séjour de 11 mois dans cette colonie ; a eu quelquefois la fièvre d'un type irrégulier.

Rien d'anormal du côté des fonctions respiratoires ; foie et rate hypertrophiés.

Depuis son retour, a été pris de diarrhée. Langue saburrale, selles bilieuses. Tous les jours un léger accès.

20 octobre. — Température : soir, 38,8.

21 octobre. — Température : matin, 37,5. — Soir, 38.

A partir du 22, plus de mouvement fébrile le soir ; la température oscille entre 37 et 36,7 matin et soir, jusqu'au mois de novembre. A cette époque, l'amélioration de l'état général est très notable. Poids du malade, 65 kilogr.

Le 13 novembre, le malade est pris d'un violent frisson ; à 3 heures du soir, la température est à 39,6 ; elle s'accompagne de vomissements bilieux *mêlés de sang,* avec selles diarrhéiques bilieuses.

Le 14 au matin, même état fébrile. Température : le matin, 39 ; à midi, 39,9 ; à 2 heures, 38,9 ; à 4 heures, 38,3. Le lendemain matin, le thermomètre tombait à 36,6.

Du 13 novembre au 15, le malade a pris : le 13 au soir, 1 gr. de sulfate de quinine, en 2 fois ; le 14 au soir, 1 gr. avec 100 gr. de décoction de kina ; enfin, le 15, 1 gr. de quinine et une potion à l'extrait de quinquina, 4 gr.

Cet accès de fièvre a considérablement affaibli le malade ; il ne pèse plus que 63 kilogr. ; il a donc perdu 2 kilogr. dans moins de 48 heures.

A partir du 15, il n'y a plus eu un seul accès ; la température oscille entre 36,6 et 37. Le malade sort de l'hôpital, pesant 64 kilogr.

Ce malade revient du Sénégal, a un léger accès 5 jours après son retour et un violent accès un mois après son débarquement, et cela en novembre, c'est-à-dire à une époque où la température baisse considérablement et vient favoriser, à notre sens, les manifestations palustres.

OBSERVATION IV

Hôpital de Rochefort, salle 13, n° 32

Redon (Camille), 23 ans, né à Paris, matelot de 3^{me} classe. Revenu des Nouvelles-Hébrides, depuis 3 mois, il y fit un séjour de 7 mois, pendant lesquels il a été atteint d'accès de fièvre à type indéterminé, tous les 7, 8 et 10 jours ; à sa rentrée en France, a passé un congé de convalescence de trois mois à Paris; il a eu pendant ce séjour à Paris 3 accès de fièvre. Arrivé à la division de Rochefort depuis 8 jours, a été pris, le 20 novembre 1887, d'un violent accès de fièvre, pour lequel il rentre à l'hôpital de Rochefort.

Le 20 novembre, température, 40 ; vomissements bilieux abondants, teinte ictérique des conjonctives et des téguments externes, bile dans les urines; pas d'albumine. La fièvre a débuté par un frisson ; le foie déborde de 2 doigts les fausses côtes ;

la rate, douloureuse, est augmentée de volume. Rien du côté des autres appareils.

Traitement : Ipéca, 1,20. — Sulfate de quinine, 1 gr., en 2 fois. — Limonade au citron.

Le 21, la fièvre n'a pas disparu, le thermomètre est à 39, le matin ; 39,2; le soir, les vomissements sont supprimés, la teinte jaune est un peu plus accentuée ; la pression au niveau de la vésicule biliaire est très douloureuse, selles diarrhéiques très foncées.

Traitement : Sulfate de quinine, 1 gr. — Décoction de quinquina, 200 gr. — Potion à l'extrait de quinquina, 4 gr.

Le 22, apyrexie. Température : matin, 37 ; soir, 37,2. Plus de vomissements ; la teinte ictérique persiste ; bile dans les urines, langue saburrale.

On continue le sulfate de quinine, 0 gr. 75.

Le 23, même état.

Le 24, un peu moins de douleur au foie.

L'ictère persiste jusqu'au 1er ou 2 décembre, mais les accès de fièvre ne reparaissent pas; le malade se plaint d'une grande faiblesse ; il est très pâle ; l'appétit est presque nul. Poids : 61 kilogr.

Le 22 décembre, l'état général s'est un peu amélioré ; il y a encore de la bouffissure du visage, point d'albumine dans les urines, pas de souffle anémique.

Régime tonique, quinquina, eau de Vichy.

C'est encore là une manifestation palustre violente survenue au commencement de la saison froide, et cela 3 mois après le débarquement.

OBSERVATION V

Hôpital de Rochefort, salle 13, numéro 5

Pierre (Pierre) 23 ans, né à Cujas (Gironde), quartier-maître de mousqueterie. Violent accès après son retour du Sénégal.

Parti pour le Sénégal en avril 1886, cet homme a séjourné 2 mois à Saint-Louis, sans être malade ; puis il fit un premier voyage à Kayes, par le fleuve, d'une durée de 30 jours. Pendant ce voyage il a été atteint de fièvre pour la première fois de sa vie. A son retour il fit à Saint-Louis un mois d'hôpital. A sa sortie il est envoyé dans le haut-fleuve sur la canonnière *Richard-Toll* et il y reste du mois d'octobre 1886 au 31 janvier 1887. Pendant ce temps, le malade a été repris plusieurs fois de fièvre ; ces accès duraient 12 heures et n'obéissaient à aucune périodicité.

En février, station à Bakel ; pendant ce séjour, les accès sont moins fréquents ; de mars à juin, nouveaux voyages à Kayes et Bakel ; à la fin de juin, retour à Saint-Louis, puis retour en France, en juillet.

Il obtient un congé de convalescence de 3 mois, qu'il passe dans la Gironde. Aucun accès pendant cette période. Rentré au service à Rochefort en novembre, il a un accès le 10 décembre qui le force à entrer à l'hôpital ; il a été pris de fièvre accompagnée de vomissements bilieux. A son entrée, on constate une teinte subictérique des téguments et des conjonctives ; le foie est douloureux à la pression, surtout au niveau de la vésicule biliaire, un peu augmenté de volume dans le sens du diamètre

vertical. La rate est hypertrophiée suivant ses deux diamètres; la fièvre persiste le jour de son entrée. Pris de fièvre le 10 au soir, la température est à 40°,5 le 11 au soir; elle ne commence à décroître que dans la nuit du 11 au 12 ; le 12 au matin, 36°,9. Cet accès s'accompagne de douleurs stomacales très vives et vomissements bilieux très abondants et laisse derrière lui une grande faiblesse. Depuis cette époque, le malade n'a pas eu un seul accès.

OBSERVATION VI

Hôpital de Toulon, salle 4

Sigé, soldat de 2me classe au 61me de ligne, entré à l'hôpital pour ictère grave, le 12 janvier 1885, et mort le même jour d'accès pernicieux.

Sigé revient du Tonkin, où il est resté 2 ans ; il a eu de fréquents accès de fièvre, avec poussée congestive du côté du foie ; va être présenté au Conseil de santé pour obtenir un congé de convalescence. Quatre jours après son débarquement se présente à la visite, et le médecin le dirige d'urgence sur l'hôpital militaire, avec le diagnostic : *ictère grave.*

On constate une teinte ictérique généralisée. Les conjonctives sont complètement exsangues. Douleur très vive au niveau du foie, battements au niveau de la région ombilicale.

Extrémités chaudes. Température, 41°. Pouls rapide. Perte de connaissance ; mictions involontaires ; gémissements.

Le malade meurt avant que le traitement institué ait pu agir.

Autopsie. — Constitution vigoureuse, saillies musculaires très prononcées, teinte pâle (vieille cire) de la face et des téguments, légère teinte subictérique des conjonctives, pas de cicatrices.

Cavité abdominale. — Teinte subictérique du péritoine et de ses annexes, pas d'épanchement, apparence normale du foie, qui pèse 1870 gr. ; la rate pèse 710 gr., est ramollie et allongée en forme de langue de bœuf. Rien à l'extérieur ni dans la cavité de l'estomac et de l'intestin.

Les deux reins pèsent 340 gr. et ne présentent pas de lésions ; environ 400 gr. d'urine dans la vessie. A l'analyse on ne trouve ni bile, ni albumine, mais une grande quantité d'acide urique.

Cavité thoracique. — Poumons et plèvres absolument sains. Le gauche pèse 500 gr., le droit 570. Rien du côté du cœur ni de son enveloppe séreuse. Le myocarde est sain.

Cavité crânienne.— Cerveau très congestionné, ainsi que les méninges. Liquide céphalo-rachidien très abondant. Rien de particulier du côté du cervelet ni dans l'intérieur de l'encéphale.

OBSERVATION VII

Hôpital de la *Nive*, en rade à Port-Cros

Rabasse, soldat d'infanterie de marine, succombe à un accès pernicieux à forme épileptoïde lors de l'arrivée de la *Nive* à Port-Cros, venant de Madagascar (1).

Cet homme vient de faire un séjour de deux ans à Madagascar, où il a eu fréquemment des accès de fièvre.

(1) Extrait du rapport de fin de campagne de la *Nive* à Madagascar, 1886.

Il était en traitement à l'hôpital du bord depuis vingt-deux jours pour anémie et n'avait eu qu'un accès de fièvre, pendant cette période.

Le 10 juin, à midi, Rabasse se plaint d'un peu de fatigue, pousse un cri et a une véritable attaque d'épilepsie : perte de connaissance, pâleur de la face, convulsions ; pouce fléchi dans la paume de la main ; écume sanguinolente. Pupilles dilatées ; perte de sensibilité.

Vers deux heures, convulsions cloniques aux membres supérieurs, toniques aux membres inférieurs ; trismus, face pâle, respiration pénible, suspirieuse. La sensibilité reparaît. T. 37,5.

Injection de sulfate de quinine, 0,25. Ventouses sèches sur la poitrine. Frictions sur les membres inférieurs. Sinapismes. Selle involontaire.

Trois heures. — Même état général. Transpiration très abondante à la face. Pouls fréquent, très irrégulier. T. 37,5.

3 heures 1/2. — Les convulsions cessent. T. 38,5 ; pouls, un peu plus fort ; les sueurs disparaissent.

4 heures. — Respiration plus pénible. T. 39.

4 heures 1/2. — Les phénomènes convulsifs reparaissent. Trismus, grincement des dents. Contractions musculaires dans les bras. T. 39.

Injection de sulfate de quinine, 0,25.

5 heures. — Le malade est dans le coma ; pas de convulsions, sueurs abondantes, respiration pénible. Ventouses, frictions.

6 heures. — Salivation abondante, moiteur ; pouls petit, fréquent, irrégulier. T. 39,5.

7 heures. — La salivation cesse, l'état général s'aggrave. Respiration pénible, yeux fixes, pupilles dilatées, peau chaude, pouls précipité, irrégulier. T. 40,4.

8 heures.— Respiration courte. Le pouls ne peut être compté, à cause de sa rapidité. Coma profond. T. 40. Ventouses, fric-

tions. Injection de quinine. Lavement bromuré.

9 heures.— Peau brûlante.La température varie entre 40 et 40,6. Même état de la respiration et du pouls.

11 heures. — Même état, peau brûlante. T. 41. Pouls petit, irrégulier.

Pendant toute la nuit, l'état du malade reste le même. Face pâle, yeux caves, respiration fréquente, courte ; pouls très rapide. Transpiration abondante, qui diminue vers 8 heures du matin. La température varie entre 41 et 41,8.

Injection de quinine à 2 heures du matin, renouvelée à 8 heures.

Le 11 juin, à partir de dix heures du matin, le thermomètre, qui est à 41,2, monte progressivement et atteint 42,2 à une heure du soir, au moment du décès.

OBSERVATION VIII

Hôpital de Toulon, salle 2, n° 29

Mouillé (Émile), 22 ans, né à Nantes, soldat au 4e régiment d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 9 mai 1885, pour stomatite et fièvre intermittente contractée à Madagascar ; sorti pour jouir d'un congé le 8 juin 1885.

Rentré de Madagascar depuis cinq mois, a eu un accès il y a un mois. Pas de congé de convalescence.

Malade depuis cinq jours, entre à l'hôpital le 9 mai pour angine. T. matin, 40,2 ; soir, 39,5.

Accuse à la gorge une démangeaison intense, arrière-gorge très rouge. Luette déviée à gauche. Langue un peu rouge ; à l'auscultation, on entend en arrière et surtout à droite des râles

sous-crépitants et parfois quelques craquements. Rien d'anormal à la percussion. Constipation légère.

Prescription : Bouillon, lait, jus de viande, tisane vineuse, pastilles de kermès, extrait de réglisse.

10 mai. — Température : matin, 37 ; soir, 37.

11 mai. — Température : matin, 37 ; soir, 36,7.

Nuit bonne, mal de gorge diminué ; déviation persistante de la luette. Expectoration assez abondante de crachats jaunâtres et toux exagérant la douleur de l'arrière-gorge.

Même prescription, plus sulfate de quinine 0,50 ; décoction de quinquina 200 gr.

Le 12. — Température : matin, 37 ; soir, 41,2.

Mieux sensible ; se plaint moins de la gorge ; ingère plus facilement.

Soir, fièvre intense ; a débuté par un léger frisson, à une heure et demie.

Céphalalgie.

13. — Température : matin, 39 ; soir, 37,5.

Cette nuit, vers deux heures, il dormait profondément ; a été réveillé par une sueur abondante ; frisson et fièvre ayant débuté à 8 heures du soir, dure encore ; céphalalgie légère.

Prescription : Bouillon, lait, jus de viande, tisane vineuse, sulfate de quinine 1 gr. Décoction de quinquina, 200 gr.

14. — Température : matin, 39,8 ; soir, 37,5.

Sommeil agité ; cette nuit a encore été réveillé par la sueur, mais n'a pas eu de frisson. Fièvre intense.

Même prescription que la veille.

15. — Température : matin, 39 ; soir, 39,4.

Le malade se trouve mieux, mais la fièvre continue très forte ; la gorge n'est plus douloureuse. Rate hypertrophiée.

Même prescription. Ventouses sèches et badigeonnage à la teinture d'iode sur la rate.

16. — Température : matin, 40,5 ; soir, 40,2.

A dormi jusqu'à 3 heures ; la fièvre l'a repris alors ; sueurs abondantes, durent encore. Les moindres mouvements sont mal assurés et les mains tremblent dès qu'elles veulent prendre quelque chose. Face vultueuse, céphalalgie intense, constipation légère.

Même prescription. Injection hypodermique de 0,20 de sulfate de quinine.

17. — Température : matin, 39,8 ; soir, 40.

Se trouve un peu mieux ; se plaint cependant encore de la tête ; a un peu dormi ; face rouge, langue blanchâtre. Une selle hier après lavement. Expectoration abondante de crachats consistants, jaunâtres comme jus d'abricot. A l'auscultation, en arrière et à gauche quelques râles.

Prescription : Sulfate de quinine, 1 gr. — Pot. à l'extrait de quinquina, 4 gr.

18. — Matin, 38,5 ; soir, 37,2.

Se trouve beaucoup mieux, a dormi cette nuit, céphalalgie disparue, fièvre moins intense, quelques râles à gauche et en arrière, langue bonne, dit avoir faim.

Même prescription.

19. — Température : matin, 37 ; soir, 37,7.

A passé une bonne nuit. L'appétit revient ; plus de fièvre. Régime léger, potion tonique.

Le mieux continue les jours suivants ; la fièvre n'a pas reparu, et le malade est présenté au Conseil de santé pour un congé de trois mois. Sort le 9 juin 1885.

Ce malade a séjourné à Toulon après son retour de Madagascar, et ce n'est que quatre mois après son arrivée que le paludisme a fait son apparition.

OBSERVATION IX

Hôpital de Brest, salle 11, nº 17

Sinou (Jean), âgé de 22 ans, né à Brest, département du Finistère ; matelot de 3me classe, entre à l'hôpital le 25 mai 1885 pour fièvre intermittente contractée à Madagascar. Sort guéri le 26 août 1885.

Sinou a fait un séjour de neuf mois au Tonkin, en 1884. Il y a contracté la dysenterie. Traité pendant deux mois, à Hanoï, il est sorti guéri et a été envoyé à Madagascar.

Arrivé en février 1885 dans cette colonie, il est atteint d'accès intermittents, dix jours après son arrivée. Au début, les accès étaient quotidiens et débutaient toujours par le frisson. Plus tard, la fièvre a pris le type tierce, puis quarte.

Actuellement, les accès sont irréguliers et laissent des périodes d'apyrexie variant entre dix et quinze jours.

Sinou a ressenti des douleurs dans l'hypochondre droit ; il a eu de l'ictère. Les voies digestives ont été influencées par le paludisme. L'intolérance stomacale s'est accentuée de plus en en plus, et les vomissements sont devenus fréquents.

La région splénique a été douloureuse ; pendant les accès le thermomètre a marqué 41°5.

Aujourd'hui, le malade rentre de Madagascar, après un séjour de trois mois.

On constate une teinte ictérique de la peau assez accentuée. Les muqueuses sont pâles et décolorées. L'attitude debout est langoureuse. La marche est très pénible.

Saillie assez accentuée au niveau de la région hépatique ; les veines abdominales dessinent la tête de Méduse.

Le foie déborde les cartilages costaux, et la matité s'étend du mamelon jusqu'à deux doigts au-dessous de leur rebord.

La percussion hépatique est douloureuse.

La rate déborde également les fausses côtes ; la pression est douloureuse. La matité a la forme d'une ovale dont le grand axe a 0,17 et le petit 0,09.

Le ventre est tendu, météorisé, douloureux à la pression.

26. — Température : soir, 38,2.

27. — Température : matin, 37,1 ; soir, 37.

28. — Température : matin, 40,5 ; soir, 37,9.

Vomissements. Les urines contiennent 17 grammes d'urée et 1 gramme d'acide phosphorique par litre.

Prescription : régime léger, 2 verres d'eau de Sedlitz. Doundaké, 0,15 en trois paquets.

29. — Température : matin, 36,2 ; soir, 36,8.

30. — Température : matin, 39,6 ; soir, 36,3.

Les urines sont acides, présentent une coloration rouge ; traitées par l'acide azotique, elles donnent un anneau brun. Pouls 108.

31. — Température : matin, 36 ; soir, 4 heures, 37 ; 8 heures, 41.

Urines acides, couleur jaune foncé ; traitées par acide azotique donnent un anneau rouge brun.

1er juin. — Température : matin, 37,6 ; soir, 36,2.

2 juin. — Température : matin, 36,4 ; soir, 3 heures, 37,2 ; 5 heures, 40,5.

3. — Température : matin, 36,8 ; soir, 36,5.

L'accès de la veille a duré trois heures ; les urines sont jaunes et ne donnent pas de précipité avec l'acide azotique.

Œdème des malléoles et de la face.

Le malade a pris tous les jours du doundaké à dose croissante ; aujourd'hui il en prend 0,25.

4 juin. — T.	8 h. m.	37,2	4 h. s.	40,2
	9 h. m.	37,4	5 h. s.	39,7
	11 h. m.	37	6 h. s.	39
	midi	37,5	7 h. s.	38
	1 h. s.	40,5	8 h. s.	37,5
	2 h. s.	40,9	9 h. s.	37
	3 h. s.	40,7		

Urines neutres, jaunes ; pas de précipité avec acide azotique.

5 juin. — T.	m.	36,1	11 h. s.	40
	3 h. s.	37,5	minuit	38,5
	8 h. s.	40	1 h. m.	37,1
	9 h. s.	40,7		

Les urines sont acides, jaunes et ne donnent pas de précipité. On suspend le doundaké et on donne du *cassia fedegosa*, 10 grammes en décoction.

6 juin. — T.	m.	37	4 h. s.	39,2
	midi	36,6	5 h. s.	38,5
	1 h. s.	40,5	6 h. s.	37,6
	2 h. s.	40,2	7 h. s.	37,2
	3 h. s.	39,9		
7 juin. — T.	m.	36,5	9 h. s.	39,1
	3 h. s.	37,4	10 h. s.	39
	5 h. s.	41,1	11 h. s.	38,7
	6 h. s.	40,7	minuit	37,8
	7 h. s.	40,1	1 h. m.	37,3
	8 h. s.	39,4		

Le malade prend 30 grammes de *cassia fedegosa* en décoction.

8 juin. — T.	m.	36,5	4 h. s.	39
	1 h. s.	39,8	5 h. s.	38
	2 h. s.	40,4	6 h. s.	37,2
	3 h. s.	40,2		

Prescription : café, lait, potages, tisane d'orge, *cassia fedegosa* 30 grammes.

9 juin. —	T. m.	36,5	5 h. s.	39
	1 h. s.	37,8	6 h. s.	38,3
	2 h. s.	39,5	7 h. s.	38
	3 h. s.	40,2	8 h. s.	37,3
	4 h. s.	40		
10 juin. —	T. m.	36,6	5 h. s.	38
	3 h. s.	39,2	6 h. s.	37,7
	4 h. s.	38,5		

Accès moins intense, pas de frisson ni de sueurs. Même traitement.

11 juin. —	T. m.	36,4	5 h. s.	38
	3 h. s.	39,4	6 h. s.	37,5
	4 h. s.	38,7		
12 juin. —	T. m.	36,6	4 h. s.	37,6
	3 h. s.	38	5 h. s.	37,2
13 juin. —	T. m.	36,8	5 h. s.	38
	3 h. s.	38,8	6 h. s.	37,4
	4 h. s.	38,5		

On donne un régime léger, tisane d'orge et une décoction avec *cassia*, 15 grammes, et marc de *cassia*, 15 grammes.

14 juin. — Température : matin, 36,6 ; soir, 37,9.

15 juin. — Température : matin, 36,5 ; soir, 37,6.

16 juin. —	T. m.	36,5	4 h. s.	37,6
	3 h. s.	39	5 h. s.	37,4

17 juin. — Température : matin, 36,4 ; soir, 37,7.

18 juin. —	T. m.	36,4	1 h. s.	39,9
	10 1/2 m.	39,2	2 h. s.	38,2
	11 h. m.	39,4	3 h. s.	37,9
	midi	40,2	4 h. s.	37,6

Les urines sont troubles, acides et renferment beaucoup d'urates.

19 juin. — Température : matin, 36,2 ; soir, 37,4.

20 juin. —	T. m.	36,3	1 h. s.	38,3
	10 h. m.	39,7	2 h. s.	37,7
	11 h. m.	40,2	3 h. s.	37,5
	midi	39,2		

La dose de cassia et de marc de cassia est portée à 20 grammes.

21 juin. — Température : matin, 36,1 ; soir, 37.

22 juin. —	T. m.	36,3	midi	38,2
	9 h. m.	39,8	1 h. s.	37,7
	10 h. m.	39,9	2 h. s.	37,2
	11 h. m.	39,7		

22 juin. — Température : matin, 36,4 ; soir, 37,2.

24 juin. — Température : matin, 36,2 ; soir, 37,3.

Les urines contiennent des urates et des carbonates. Même traitement.

25. — Température : matin, 36,4 ; soir, 37,6.

26. — Température : matin, 36,3 ; soir, 36,9.

27 juin. —	T. m.	36,4	3 h. s.	37,5
	midi	38,5		

28 juin. — Température : matin, 36,6 ; soir, 37,3.

29 juin. —	T. 7 h. m.	36,6	midi	38,8
	8 h. m.	38,1	1 h. s.	38,1
	9 h. m.	39,9	2 h. s.	37,6
	10 h. m.	39,6	3 h. s.	37,1
	11 h. m.	39		

Le même traitement est toujours continué.

30 juin. — Température : matin, 37,4 ; soir, 37,8.

1er juillet. — T. m. 36,3 midi 38,7
9 h. m. 39,7 1 h. s. 38,3
10 h. m. 39,2 2 h. s. 37,8
11 h. m. 39 3 h. s. 37,4

2 juillet. — Température : matin, 36,8 ; soir, 36,9.

3 juillet. — T. m. 36,7 11 h. m. 38,5
8 h. 38,2 midi 38,2
9 h. 38,7 1 h. s. 37,8
10 h. 38,8 2 h. s. 37,2

4 juillet. — Température : matin, 36 ; soir, 37.

Traitement : régime léger, orge, *cassia fedegosa* 30 gr., marc de cassia 30 grammes.

5 juillet. — Température : matin, 37,5 ; soir, 36,8.

6 juillet. — Température : matin, 36,7 ; soir, 36,7.

7 juillet. — T. m. 38,7 10 h. m. 37,7
8 h. m. 39,4 11 h. m. 37,4
9 h. m. 39,1

8 juillet. — T. 7 h. m. 38,3 11 h. m. 38,3
8 h. m. 39,9 midi 37,6
9 h. m. 39,5 1 h. s. 37
10 h. m. 39,2

9 juillet. — T. 7 h. m. 38,8 9 h. m. 38
8 h. m. 38,5 10 h. m. 37,3

10 juillet. — T. 7 h. m. 40,4 10 h. m. 38,6
8 h. m. 40,1 11 h. m. 37,8
9 h. m. 39,1 midi 37,2

11 juillet. — Température : matin, 36,4 ; soir, 37.

12 juillet. — T. 5 h. m. 40,2 9 h. m. 38,6
6 h. m. 40,2 10 h. m. 38
7 h. m. 39,6 11 h. m. 37,2
8 h. m. 39,2 3 h. s. 36,8

13 juillet. — Température : matin, 37 ; soir, 37,4.

14. — Température : matin, 38 ; soir, 36,5.

15. — Température : matin, 36,8 ; soir, 36,9.

16. — Température : matin, 36,6 ; soir, 36,8.

Une amélioration notable se produit ; le malade peut prendre quelque nourriture. La température reste normale jusqu'au 10 août. Le traitement par le *cassia fedegosa*, dont on avait porté les doses jusqu'à 40 grammes, est suspendu le 16 juillet ; à cette époque on constate un peu de dilatation de l'hypochondre droit ; le foie déborde légèrement. La matité descend jusqu'à deux travers de doigt au dessous des fausses côtes.

La rate est un peu hypertrophiée, sa matité a la forme d'une circonférence de 0,15 de diamètre.

10 août. —	T. m.	36,4	2 h. s.	39,7
	midi	39,6	3 h. s.	38.6
	1 h. s.	40,1		
11 août. —	T. m.	36,2	2 h. s.	39,3
	midi	40,2	3 h. s.	38
	1 h. s.	40,2	4 h. s.	37,4

On donne 1 gramme de sulfate de quinine, à prendre en deux doses, à 5 heures et à 6 heures du soir.

12 août. —	T. m.	36,4	1 h. s.	39,3
	11 h. m.	40,3	2 h. s.	37,3
	midi	40		

Le malade prend du sulfate de quinine à dose décroissante pendant quatre jours ; la fièvre ne reparaît plus. L'état général s'est considérablement amélioré. L'appétit est excellent, l'anémie moins profonde, et Sinou sort presque complètement guéri pour jouir d'un congé de convalescence.

CHAPITRE II

Telles sont les quelques observations de fièvres graves et pernicieuses que nous avons pu recueillir dans les différents hôpitaux de la marine.

Dans le nombre considérable que nous avions pu nous procurer, nous avons fait un choix et nous ne signalons que celles dont les manifestations ont revêtu un certain degré de gravité.

Voyons maintenant ce que les différents auteurs ont écrit sur la fièvre pernicieuse et comment cette entité morbide s'est introduite progressivement dans le cadre du paludisme.

Rien dans les écrits des anciens ne nous fait pressentir qu'ils aient eu une connaissance réelle de ce que nous appelons la fièvre palustre pernicieuse, en tant qu'espèce morbide.

Les épidémiologistes de la fin du dix-septième siècle n'en parlent que d'une façon vague, et on n'y trouve qu'une lueur indécise, une sorte de lumière par transparence (*per transennam*, Torti) indiquant le sujet sans l'éclairer ni le définir suffisamment. (Mahé, *Arch. méd. nav.*, 1874).

Deux auteurs font cependant une brillante exception : le premier, c'est l'illustre Mercatus, médecin des rois d'Espagne, Philippe II et Philippe III, qui traita admirablement la question, eu égard à l'époque où il vivait (*De Tertiana perniciosa. Opera omnia*). La fièvre pernicieuse, dit-il, est la « fièvre tierce qui,

sous le masque trompeur d'un type tierce, devient mortelle et se complique de mille accidents les plus périlleux. »

Le second en date qui ait bien décrit la fièvre pernicieuse est le célèbre praticien anglais, Richard Morton, contemporain de Sydenham, qui vivait à la fin du dix-septième siècle *(De proteiformi intermittentis febris genio, in pyretologia)*. Cette fièvre, qui est susceptible de simuler les maladies les plus diverses, revêt ordinairement les formes suivantes :

« Se cachant avec soin sous le masque d'une algidité funeste, de vomissements incoercibles, d'une diarrhée très douloureuse, du choléra, des coliques d'estomac, d'une hémicranie périodique, d'une aploplexie, d'une syncope, d'un rhumatisme, d'un spasme général, d'une pleurésie, d'une péripneumonie, d'un point de côté fort douloureux, ou se dissimulant sous l'apparence de toute autre maladie, elle ne fait que trop souvent dévier le médecin de son but.

» C'est en vain que le médecin attaque les symptômes du mal avec les remèdes appropriés : car, tant qu'on néglige le ferment fébrile, à la prochaine période d'effervescence, les symptômes premiers ou d'autres encore plus funestes réapparaissent inopinément; alors le médecin fait le métier de Sisyphe, et le malade, aux dépens du précieux trésor de l'existence, ou du moins à son grand péril, porte la peine de l'ignorance ou de l'incurie du médecin. »

Morton prescrivait, dans ces diverses manifestations du paludisme, l'emploi de l'écorce de quinquina ; mais, dans les cas de congestions graves du côté du cerveau ou du poumon, il commençait par pratiquer la saignée avant d'avoir recours au spécifique.

Mais c'est à François Torti, médecin de Modène, que revient l'honneur d'avoir le premier décrit les différentes formes sous lesquelles se présente la fièvre pernicieuse et d'en avoir

donné les indications thérapeutiques (*Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas,* 1821).

« En général, dit-il, cette fièvre périodique pernicieuse se présente sous deux formes : ou bien elle est constamment intermittente jusqu'à la fin, et alors elle révèle sa nature pernicieuse seulement par quelque symptôme menaçant et particulier qui accompagne le paroxysme fébrile, et dont la mortelle influence ne disparaît pas du tout pendant l'apyrexie, stade qui cependant doit amener la sécurité et du soulagement, suivant la remarque d'Hippocrate, dans toute autre circonstance ; ou bien, l'intermittence s'efface et se perd petit à petit, et dans ce cas la fièvre lentement, quelquefois soudain, tend à devenir continue et aiguë, avec extension de quelques symptômes graves et variés jusqu'au stade d'apyrexie qui en est troublé. »

Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque la fièvre conserve son type intermittent, il fait rentrer les formes suivantes : 1° Vomissement et flux de ventre ; 2° un autre flux du ventre semblable au flux hépatique ; 3° une cardialgie ; 4° une sueur froide ; 5° une syncope ; 6° une algidité ; 7° une affection soporeuse.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la fièvre échange sa périodicité contre la continuité, il place une huitième forme caractérisée précisément par cette continuité.

Comme on le voit, cet auteur avait très bien observé les différentes manifestations palustres revêtant la forme pernicieuse, et encore aujourd'hui on a peu ajouté au tableau qu'il a tracé il y a plus de cinquante ans.

Adibert copia les formes de Torti dans son *Traité des fièvres pernicieuses,* en y ajoutant vingt sous-espèces.

Bailly, 1825, et Nepple, 1828, ont basé leur division des formes pernicieuses sur les lésions anatomiques des trois grandes cavités du corps.

Maillot, 1836, divise les fièvres pernicieuses d'après les lésions qui se rattachent : 1° à l'axe cérébro-spinal; 2° aux organes contenus dans l'abdomen ; 3° au cœur et au poumon.

Dutrouleau, dans son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds,* se base sur les symptômes cliniques et les divise en 4 groupes :

1° Les fièvres pernicieuses comateuses ;

2° — — ataxiques ;

3° Le groupe des algides ;

4° Et le groupe des bilieuses.

Fallier, qui divise les fièvres intermittentes en régulières et en insidieuses, subdivise ces dernières en insidieuses pernicieuses par méningite, ictère, dysenterie, choléra, fièvre typhoïde, suette ; et en insidieuses entées sur la pneumonie, l'hépatite, la dysenterie, le choléra, la fièvre jaune, etc.

Colin admet la classification de Torti un peu modifiée ; il reconnaît les formes pernicieuses : comateuse, délirante, convulsive, algide, cholérique, ictérique, sudorale, cardialgique, syncopale ; il ajoute la solitaire ou subcontinue estivale, et la solitaire ou subcontinue automnale. Cet auteur omet à dessein les formes dysentérique et pneumonique, dont il conteste l'existence.

Enfin Jaccoud, qui rattache les phénomènes pernicieux à leur siège pathogénique, les divise en :

1° Fièvres pernicieuses, algide, choléri forme, diaphorétique, pneumonique, pleurétique et néphrétique, se rattachant au système vaso-moteur et sympathique ;

2° Fièvres pernicieuses, soporeuse, comateuse, délirante, maniaque, se rattachant au système cérébro-spinal.

3° Fièvres tétanique, épileptique, paralytique, syncopale, classées dans les groupes des pernicieuses spinales.

4° Fièvres arthritique, cardialgique, amaurotique, se rattachant au système nerveux sensitif.

Pour Jaccoud, les fluxions locales, les désordres mélaniques de la circulation capillaire sont les causes organiques de tous ces phénomènes.

D'autres auteurs n'admettent pas la fièvre pernicieuse et ne voient, dans la manifestation de la perniciosité, qu'une complication de l'accès palustre. Ils simplifient la classification en n'admettant que les fièvres simples et les fièvres compliquées ; mais la difficulté est tournée sans être résolue, car les fièvres paludéennes peuvent être compliquées sans être pernicieuses.

D'après Verneuil, les empoisonnements ont des manifestations nécessaires, communes à tous ceux qui sont frappés, et des manifestations contingentes, plus ou moins rares et n'atteignant qu'un certain nombre de victimes ; et d'après M. Corre ce sont ces manifestations contingentes qui impriment aux maladies palustres leurs caractères anormaux, ces allures insidieuses qu'une doctrine trop longtemps souveraine a rapportées à une sorte d'intervention occulte, la *perniciosité*. Il n'y a pas d'accès pernicieux, dit-il, qui ne soit la résultante de l'imprégnation malarienne et d'un état connexe plus ou moins sous la dépendance de l'individu ou de conditions extérieures non palustres.

Malgré le respect que nous professons pour les idées émises par M. Corre nous croyons que le paludisme seul engendre de toutes pièces la perniciosité, et nous ferons jouer un rôle prépondérant, plutôt à la dose de poison qu'à l'individu lui-même et aux conditions extérieures.

Bard, dans sa thèse d'agrégation, 1883, sans admettre catégoriquement la fièvre pernicieuse, reconnaît dans les fièvres palustres des accidents pernicieux.

Après avoir énuméré les différentes classifications des fièvres pernicieuses données par les auteurs, nous devons nous demander ce que c'est que la perniciosité.

Une foule de théories ont été émises. Mercatus explique la

perniciosité par la putridité des humeurs, leur dépravation et leur altération.

Morton invoque le mélange des humeurs grossières et épaissies avec les humeurs séreuses et raréfiées.

Torti, profondément imbu des idées humorales, divise les fièvres pernicieuses en deux, se rattachant l'une au genre *colliquatif*, l'autre au genre *coagulatif*.

L'école de Montpellier, avec Guinier, voit dans la fièvre pernicieuse une « affection dans laquelle dominent une brusque rupture des synergies dans les fonctions vitales communes, une tendance à la sidération directe des forces, une menace insidieuse de mort. »

« Ce qui constitue la perniciosité, dit Trousseau, ce n'est pas l'intensité des troubles fonctionnels de tel ou tel appareil en particulier, mais c'est l'imminence insidieuse d'une dissolution prochaine, c'est la malignité, la malignité vraie, primitive, protopathique, dans un grand nombre, sinon dans la plupart des cas, c'est-à-dire se déclarant d'emblée au début de la maladie. »

Dutrouleau, qui croit à l'infection du sang par les miasmes de toute sorte, subordonne la *perniciosité* à ce *quid ignotum* de la pathogénie palustre.

Enfin Jaccoud fait une distinction très nette entre la fièvre grave et la fièvre pernicieuse :

« La tradition médicale attribue à l'expression *fièvre pernicieuse* un sens arbitraire qui n'est pas du langage ordinaire. D'après ce dernier, une fièvre pernicieuse serait simplement une fièvre grave créant un danger prochain. Or le langage médical repousse cette synonymie et distingue entre la fièvre intermittente grave et la fièvre intermittente pernicieuse. La fièvre grave est une intermittence normale ; la pernicieuse est une fièvre anormale. La gravité, le danger de la première a pour causes, soit les conditions individuelles

du sujet qui est faible, ou débilité par une maladie antérieure, soit une tenacité qui fait craindre le développement de la cachexie, soit enfin un accident tout fortuit sans rapport avec la fièvre palustre. La gravité, le danger de la fièvre pernicieuse est inhérent à l'accès, et il a pour cause l'anomalie même de l'accès. Cette anomalie consiste dans l'exagération dangereuse de l'un des phénomènes du paroxysme ou bien dans l'apparition d'un phénomène nouveau, étranger à la symptomatologie normale de l'accès. A ce point de vue les fièvres pernicieuses pourraient être dites solitaires dans le premier cas, accompagnées dans le second. »

Colin croit que si Broussais a exagéré en disant que la fièvre pernicieuse ne diffère des intermittentes ordinaires que par la violence des congestions qui l'accompagnent ; ceux-là aussi, dit-il, se sont trompés qui ont avancé que cette fièvre n'était que l'exagération d'un des stades de l'accès.

Il ne se prononce pas sur la nature pernicieuse. Les Anglais sont plus catégoriques : ils en nient l'existence. Pour eux, il n'y a que la fièvre intermittente et la rémittente, et c'est sur cette dernière qu'on fait retomber toutes les complications. Dans toutes les manifestations pernicieuses, les Anglais ne voient que des fièvres rémittentes compliquées d'ictère, de syncope, etc. Morehead et Aitken ne prononcent même pas le mot de fièvre pernicieuse dans leurs écrits.

Pour ce qui nous concerne, nous distinguons avec Jaccoud la fièvre grave de la fièvre pernicieuse et nous pensons qu'une fièvre grave paludéenne est une fièvre qui menace évidemment l'existence, mais dans un temps plus ou moins long ; tandis qu'une fièvre pernicieuse crée un danger immédiat. La perniciosité est la malignité du paludisme ; « c'est le chien qui mord sans aboyer. »

Laborde dit au sujet de la malignité : « La notion de malignité ne doit pas comporter l'idée d'accidents intercurrents ;

quant à la complication, elle ne doit être admise et entendue dans ce sens, qu'autant qu'elle fait partie intégrante de la maladie primitive sujette à malignité, et quelle ne vient pas simplement s'y ajouter comme épiphénomène.

» Malignité n'est pas gravité; c'est autre chose et c'est plus que cela. La malignité contient nécessairement la gravité, mais il peut y avoir gravité sans malignité.

» Bien que la perniciosité paraisse représenter la malignité dans la fièvre intermittente palustre et qu'un grand nombre d'auteurs les confondent dans ce cas, il en est qui admettent une nuance entre les deux termes, de telle sorte que certains caractères de malignité se mêleraient à la perniciosité. Torti est de cet avis.

» En somme, dit-il plus loin, l'état malin réduit à sa compréhension la plus simple et la plus nette, dégagé des obscurités et de la confusion des hypothèses et de la théorie, n'est autre qu'un syndrome clinique ne constituant nullement une maladie unique, individuelle (fièvre maligne), mais pouvant surgir dans toute maladie. »

Nous admettons que les fièvres pernicieuses sont malignes, soit que la perniciosité consiste dans l'exagération d'un stade normal, soit qu'elle consiste dans la simulation d'une autre maladie non palustre (fièvres larvées pernicieuses, apoplectiformes, épileptiformes).

Cette distinction, établie par le sens clinique des anciens, se maintient encore par le tact clinique des praticiens de tous les pays. Cependant il y a des cas difficiles à reconnaître, et le seul critérium est le résultat du traitement qui rend maladie bénigne une maladie d'apparence menaçante.

CHAPITRE III

Après avoir énuméré les différentes classifications des fièvres pernicieuses données par les auteurs et dit ce qu'était la perniciosité, nous devons nous demander quelle est la cause de ces manifestations graves.

Nous pensons qu'elle réside dans l'intensité de l'empoisonnement palustre.

Mais, avant d'entrer dans les détails, il est nécessaire de dire un mot sur les causes du paludisme lui-même.

Pour Laveran, toutes les causes déprimantes, débilitantes : fatigue, excès de toute sorte, anémie résultant des privations ou des maladies antérieures, prédisposent au paludisme.

Mais les causes déterminantes doivent être recherchées dans les éléments extérieurs.

D'après Burdel, la cause de la fièvre est un agent physique impondérable, non susceptible, comme tel, d'être condensé dans les vapeurs atmosphériques, au point que les dangers d'intoxication sont moins considérables durant la nuit que pendant le jour ; au même titre, ce fluide ne sera sans doute pas susceptible d'être transporté par les courants atmosphériques (Paris 1859, *Recherches sur les fièvres paludéennes).*

Le sol joue un très grand rôle, et pour Colin le miasme tellurique serait la cause unique du paludisme. « De nature matérielle et pondérable, il se rattacherait dans son expansion

à la surface du sol, à certains phénomènes météorologiques très appréciables... Comme un gaz, comme une particule organique vivant, ou non, il est transporté par les courants atmosphériques ; il est même très probablement recelé dans cette abondante rosée, si riche en matières organiques, qui, matin et soir, recouvre les pays à fièvre. »

Si le sol riche en humus et en matières organiques peut suffire à produire l'agent infectieux, comme le prouvent les défrichements des forêts vierges de la Guyane (montagne d'argent où la mortalité s'est élevée jusqu'à 60 0[0), les percements de canaux, la construction des remparts de Paris, etc., il faut reconnaître que l'influence de l'eau est aussi considérable.

On sait combien sont fréquents les accès dans le voisinage des marais ; mais là encore pas trop n'en faut, car, si les marais sont constamment recouverts d'une couche assez épaisse de liquide, le germe infectieux ne peut se dégager et on ne constate pas d'accès. La Nouvelle-Calédonie, si riche en terres basses et marécageuses, n'offre que peu de fièvres intermittentes. Brassac croit à l'action absorbante ou destructrice du niaouli.

L'eau des mares, souvent unique boisson des troupes en colonne dans les colonies, ne donnerait pas naissance à des accès de fièvre. Un de nos collègues faisant colonne au Cambodge a dû se résigner à boire de l'eau croupissante et à en permettre l'usage à la petite troupe composée de cent hommes, dont 20 Européens. Malgré l'abus, qu'il n'a pu réprimer, il n'a constaté aucun accès fébrile.

L'eau ne suffit donc pas pour engendrer la malaria ; il faut qu'à elle viennent se joindre les influences météorologiques, se réduisant à peu près à une question de température.

Cette dernière, d'après Corre (*Traité clinique des maladies des pays chauds*), a, en effet, un rôle très complexe : elle favo-

rise la décomposition des matières organiques ; elle aide au dégagement des vapeurs qui doivent servir de véhicule à l'agent malarien. Plus le pays est chaud, plus graves et plus nombreuses sont les manifestations du paludisme. Nulles ou à peu près en hiver ou dans la saison fraîche, elles sont terribles pendant la saison estivo-automnale. Dans les colonies, les accès pernicieux se montrent surtout au commencement et à la fin de la saison chaude : au commencement, parce que, les pluies diluviennes cessant, l'évaporation peut se produire, les marais se dessèchent et le miasme infectieux se dégage ; à la fin, parce que, la terre ayant emmagasiné des quantités énormes de chaleur et sa surface s'étant mélangée à des matières organiques, les premières pluies s'évaporent rapidement ; et ces vapeurs, imprégnées de tout l'infectieux qui s'était accumulé depuis 4 ou 5 mois de sécheresse, sont funestes pour les Européens. C'est surtout en novembre et décembre que les accès pernicieux sont fréquents à la Guyane. Il nous a été donné d'observer trois accès pernicieux algides et un accès cholériforme, en décembre 1886, pendant notre séjour au Maroni. Nous n'avons pas eu à enregistrer de décès. Enfin la température augmente la réceptivité de l'organisme par la diminution de résistance des centres vitaux du système nerveux spinal et sympathique.

L'altitude joue un rôle secondaire ; toutefois on sait qu'à quelques centaines de mètres au-dessus du niveau de la mer, les accès intermittents sont rares, malgré le voisinage des marais. Au Camp-Jacob (Guadeloupe), la fièvre intermittente y est excessivement rare (500 mètres d'altitude).

Les vents n'ont aucune action par eux-mêmes; mais ils servent à disséminer l'infectieux et en cela leur rôle est capital. A la Guyane on craint beaucoup les vents du sud, car ils amènent les miasmes des rives de l'Oyapock et de l'Amazone, dont les terres basses et marécageuses sont à peu près inhabitables et

se montrent très inhospitalières pour les hardis explorateurs qui osent s'y aventurer.

J'ai pu constater cette déplorable influence des vents passant sur les marais exposés aux rayons du soleil, pendant mon séjour sur le pénitencier de Kourou.

En effet, pendant la journée, les brises du nord-est y soufflent régulièrement et, venant du large, elles entretiennent une fraîcheur constante. Le matin, se fait sentir la brise de terre qui berce une forêt de palétuviers, dont l'épais feuillage recouvre d'immenses marais. La présence de cette riche végétation sur ces eaux croupissantes en neutralisait les effets, et je ne constatais aucun cas de paludisme; mais un jour, sous le vain prétexte de dégager le pénitencier et de lui donner plus de gaîté en supprimant ce fourré inextricable, voisin des cases, le commandant eut la malencontreuse idée de faire couper les palétuviers, malgré de vives protestations de ma part, et de laisser en place tous les débris. L'effet d'un aussi inqualifiable caprice ne se fit pas longtemps attendre. Ces branches et ces feuilles, macérant dans un mélange d'eau de mer et d'eau douce, répandirent une odeur insupportable et, la brise de terre aidant, le germe morbide commença ses ravages. Quelques transportés furent gravement atteints, et la mort de trois militaires d'infanterie de marine doit être rattachée à ce déboisement, dont rien ne justifiait l'urgence.

Il n'entre pas dans mon sujet de faire le procès de l'administration ; mais on ne saurait crier assez haut combien les premiers principes de l'hygiène sont laissés de côté et combien il est regrettable que la voix du médecin trouve si peu d'écho auprès de l'autorité supérieure, lorsqu'il s'agit de questions que lui seul est apte à trancher.

La race ne confère que peu d'immunité ; car, pendant notre séjour à la Guadeloupe, en 1882, nous avons pu observer deux

accès pernicieux algides à forme comateuse, sur deux infirmiers noirs de l'hôpital militaire.

Les immigrants indiens et les Chinois sont fréquemment atteints.

Quant aux condamnés arabes, ils sont tous impaludés ou cachectiques. Les accès, chez eux, n'ont presque jamais une marche franche. Le frisson ou les sueurs manquent souvent ; se plaignant rarement, regrettant la patrie absente, ils refusent les médicaments, et beaucoup appellent la mort pour mettre un terme à leurs maux.

Il était nécessaire de retracer en peu de mots les causes du paludisme et de signaler en passant les quelques manifestations pernicieuses qu'il nous avait été donné d'observer aux colonies; car toutes nos observations nous sont fournies par des malades venant des colonies et y ayant contracté leur mal.

Ces militaires et fonctionnaires, rapatriés pour cause de santé ou rentrés en fin de campagne, ont été enlevés au milieu infectieux et dirigés dans différentes régions où le paludisme est à peu près inconnu. Puis, sous une influence que nous tâcherons d'indiquer plus tard, la fièvre a reparu, revêtant la forme grave ou pernicieuse. Il s'est écoulé un long espace de temps depuis le départ du pays palustre jusqu'à ce réveil. Il y a donc eu une période de latence, une période d'incubation pendant laquelle l'infectieux semblait respirer et prendre des forces pour ne se montrer plus tard qu'avec plus d'éclat.

Suivant les auteurs, cette période d'incubation est très variable : 10 à 12 jours pour Maillot, et 7 environ pour Laveran.

Lind, Pringle et Nepple ont cité des faits qui tendraient à montrer que l'invasion du paludisme peut être brusque.

La période d'incubation ou de latence peut être de plusieurs mois. Il n'est pas rare, dit Maillot, de rencontrer des personnes qui n'ont jamais eu la fièvre en Algérie et qui, quelque temps

après leur rentrée en France, présentent des accès très bien caractérisés.

« Quand on a habité certains climats de la zone tropicale ou des localités très salubres se rencontrant à côté de foyers de fièvre très intense ; quand on a pu se transporter par la navigation d'une localité palustre dans une localité non palustre ou dans les régions pures de la pleine mer, on ne comprend pas, écrit Dutrouleau, qu'un observateur aussi judicieux que Nepple ait avancé que le miasme de la fièvre agissait immédiatement et que les incubations à longue période n'étaient que des hypothèses. »

Après avoir cité plusieurs exemples très probants de l'incubation prolongée du paludisme, Dutrouleau ajoute: « Je pourrais multiplier beaucoup ces citations, qui toutes ont la même signification : une période de latence variable du miasme, avant l'explosion de la fièvre. Jusqu'où peut s'étendre cette période, c'est ce qu'il est impossible jusqu'ici de déterminer ».

« La période d'incubation est si variable, dit Colin, pour les fièvres intermittentes s'étendant de quelques heures à quelques mois, que j'ai proposé de remplacer par le terme de période latente qui ne préjuge rien, le terme d'incubation qui ramène forcément l'esprit vers un fait physiologique à durée constante. »

Nous sommes loin de pouvoir assigner une durée exacte à l'incubation ; nous avons observé les cas les plus variés. 150 hommes d'infanterie de marine sont arrivés en même temps que nous à Cayenne ; tous ont été logés dans une vaste caserne, assez bien emménagée et située sur le bord de la mer; tous étaient naturellement soumis aux mêmes conditions hygiéniques qui, hâtons-nous de le dire, ne sont pas trop mauvaises au chef-lieu, et cependant des accès de fièvre intermittente étaient constatés au bout de 10 jours par le médecin des troupes.

Mais, si les opinions les plus diverses ont été émises et soutenues par les auteurs au sujet de l'incubation, il est un fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est qu'une première atteinte ne confère aucune immunité : bien loin de là, chaque accès augmente, pour ainsi dire, la réceptivité de l'organisme pour l'infectieux et crée une accoutumance qui doit fatalement conduire à l'anémie et à la cachexie. On sait, en effet, que chaque accès amène la destruction d'un nombre considérable de globules. Il est vrai que ces éléments se reforment très rapidement après le retour à la santé ; mais, si les accès se succèdent à peu d'intervalle, la déglobulisation est rapide ; la mélanémie apparaît et avec elle la cachexie.

Les intervalles d'apyrexie peuvent varier beaucoup et être influencés par les conditions de milieu et par le traitement. Ainsi un individu forcé de vivre dans un pays malsain pourra peut-être, grâce à des précautions hygiéniques, éviter le retour des accès. Il pourra, en un mot, s'habituer à l'infectieux sans ressentir aucune crise aiguë ; dans ce cas, il y a équilibre pour ainsi dire entre la force de résistance de l'organisme et la dose du poison absorbé.

Mais, si cet équilibre est rompu, si sous une influence quelconque l'élimination du toxique est diminuée, la malaria reparaît, et souvent sa manifestation est d'autant plus terrible qu'elle aura été plus retardée.

Quelles sont donc les causes qui peuvent rompre l'équilibre et provoquer un accès de fièvre, ou une manifestation quelconque du paludisme, chez un malade revenant des colonies, et soustrait à la malaria en habitant un pays où cette maladie est inconnue ?

« L'influence des oscillations thermométriques, dit Colin, constitue la cause la plus fréquente des récidives. C'est ce qui nous explique les accès, pernicieux quelquefois, que nous

voyons éclater, après leur débarquement en France, chez nos soldats atteints antérieurement en Algérie.

» Que ce fait résulte d'une suppression de la transpiration et par conséquent d'un arrêt momentané dans l'élimination des miasmes accumulés dans l'économie, ou qu'il tienne à une action directe du système nerveux, il est extrêmement fréquent.

Nous adoptons cette manière de voir et nous ferons jouer le plus grand rôle au défaut d'élimination de l'infectieux qui, en s'accumulant dans l'organisme, provoque des manifestations graves d'empoisonnement. Cette élimination, dans la zone torride, se fait abondamment par la peau. Tous ceux qui ont observé dans les colonies savent combien cette sueur est salutaire et combien il est utile de la provoquer, dans le cours des accès, par des tisanes chaudes et punchées. Car, après elle, le malaise, la céphalalgie, la courbature générale qui précèdent l'accès, diminuent et disparaissent presque subitement, pour être remplacés par un bien-être à peu près complet.

Ce défaut de fonctionnement cutané est dû au froid, ainsi que l'attestent plusieurs de nos observations. En effet, nos malades ont été rapatriés pendant l'hiver. Grâce à la rapidité du trajet, ils ont passé brusquement d'une température très-élevée à un froid vif et sec. La peau ne fonctionnant plus, l'infectieux s'est accumulé et a manifesté sa présence par des accès d'une violence peu commune. On a pu constater des températures de 41° et 41°, 5, qu'il nous a rarement été donné d'observer aux colonies.

Notre observation personnelle vient bien à l'appui de cette hypothèse. Après un séjour de deux ans dans les différents postes de la Guyane (Kourou et Maroni, où le paludisme règne en maître), nous sommes désigné pour rentrer en France, en mars 1887. Malgré les quatorze mois que nous avons passés au milieu des marais de Kourou et du Maroni, soumis à une

nourriture profondément débilitante (conserves de bœuf, lard, etc.), les quelques manifestations malariennes que nous avons ressenties ne nous ont jamais empêché de faire notre service. Le foie seul était un peu congestionné, et nous y éprouvions quelquefois des douleurs lancinantes qui n'ont jamais revêtu un caractère alarmant.

Nous quittons donc la colonie un peu anémié. En 20 jours nous sommes rendus à Saint-Nazaire (25 mars), où un froid très vif se fait sentir. Dirigé sur Lorient, nous obtenons un congé de convalescence de trois mois, et le 2 avril, nous sommes à Rodez. Le 3 avril, le temps est beau et nous n'éprouvons aucune fatigue. Dans la nuit du 3 au 4, il tombe de la neige, et vers 4 heures du soir nous avons un violent accès de fièvre (40°) qui dure environ 6 heures. Le lendemain 5 avril, même accès à la même heure. Nous prenons 1 gr. 50 de sulfate de quinine. Le 6, nouvel accès moins fort, mais apparition d'une légère teinte ictérique. Nouvelle dose de quinine 1,50. Le 7, l'ictère s'accentue, et dans la soirée la température s'élève seulement à 38°. Nous prenons 1 gr. de sulfate de quinine. Le 8, l'ictère est intense ; pas de fièvre ; sulfate de quinine, 0,75. Le 9, pas de fièvre, quinine, 0,50. Lait, purgatif salin répété les jours suivants.

Vers le 15, amélioration notable ; l'appétit et les forces reviennent.

Le 21 avril, nous nous dirigeons sur Montpellier.

La température se refroidit vers la fin du mois, et la fièvre reparaît, mais peu intense. L'ictère se manifeste de nouveau avec son cortège habituel, céphalalgie, inappétence, constipation.

Nous entrons, le 7 mai, à la salle des officiers de l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de M. le médecin principal Kiener. Pendant les premiers jours du traitement, la température varie le soir entre 37,8 et 38,2. Mais l'ictère devient très intense.

Grâce au régime lacté et à un traitement par les purgatifs salins et la quinine à haute dose, une notable amélioration se produit ; l'ictère diminue peu à peu d'intensité, les forces reviennent, et nous sortons, le 3 juin, à peu près complètement rétabli.

M. le professeur Kiener n'a vu dans cet ictère qu'une manifestation de l'infectieux malarien, un réveil de l'agent toxique absorbé à la Guyane.

Qu'on ne vienne pas nous dire que nous avons subi l'influence du climat de Montpellier ; car à cela nous répondrons que les accès paludéens sont rares à cette saison. De plus, cette récidive à Montpellier n'est que la conséquence de la première atteinte subie à Rodez, et ce n'est pas certainement dans un pays aussi sain, aussi boisé, aussi froid, où on ne trouve aucun marais, que l'agent infectieux a pu s'introduire dans l'organisme.

Nous acceptons donc pleinement l'opinion de M. le professeur Kiener, et nous ne voyons dans ces violents accès et dans cet ictère qu'une manifestation de l'empoisonnement subi pendant le séjour à la Guyane. Le froid intense que nous avons dû supporter est venu rompre l'équilibre en supprimant le fonctionnement de la peau, et le paludisme a évolué avec d'autant plus de violence qu'il avait sommeillé plus longtemps.

Après la sortie de l'hôpital, nous négligeons le traitement quinique, et, le 17 juin, nous avons de nouveau un violent accès cholériforme. Le frisson a commencé à 9 heures du soir ; les vomissements et la diarrhée ont duré toute la nuit, et nous n'avons éprouvé un peu de repos que vers 8 heures du matin, au moment où les sueurs sont devenues très abondantes.

Depuis, nous n'avons plus ressenti aucune manifestation malarienne, grâce à quelques doses de quinine absorbées à de longs intervalles.

Quelle est donc la nature de l'infectieux, l'agent pathogéni-

que qui agit loin du pays producteur et par défaut d'élimination?

Deux doctrines sont en présence : la doctrine parasitaire et la doctrine chimique. Nous allons les exposer rapidement ; et notre inexpérience, l'imperfection de nos études, nous font un devoir de nous tenir dans la plus grande réserve sur une question aussi controversée, et sur laquelle on n'a pas encore dit le dernier mot.

En 1709, Lancisi *(de noxiis paludum effluviis)* a vu avec l'œil de l'imagination et de la divination les myriades d'êtres unicellulaires que le microscope a découverts depuis. Il admettait des effluves inorganiques de nature sulfureuse, arsenicale, provenant du sol, indépendamment de la fermentation et de la putréfaction, et s'élevant des marais aux premiers rayons du soleil, et des effluves organiques fournies par la décomposition de matières animales et végétales qui étaient des vers, des larves, avec leurs œufs et leurs excréments. Ces parasites pénétraient dans le sang, ralentissaient les mouvements des solides et des fluides, obstruaient les spores et s'opposaient à la transpiration, souillaient le sang d'une foule de corpuscules divers et altéraient la température de ce fluide. Leur présence dans l'organisme expliquait les irritations intenses, la gangrène de l'intestin, les fièvres ardentes, etc. Il appliquait de grands vésicatoires pour extraire les humeurs trop cohérentes et donnait du quinquina. (Mahé, *loc. cit.*).

Pour Boudin, c'est la flouve des marais (*chora vulgaris*) et d'autres plantes marécageuses qui, en répandant dans l'air des principes volatils et nuisibles d'une nature indéterminée, engendrent le paludisme ; cet auteur a créé une flore palustre.

En 1849, Mitchell accuse des végétaux microscopiques indéterminés qu'il a trouvé à la fois dans les crachats et les urines des fébricitants et dans le sol et les eaux.

Lemaire (1864), en opérant des recherches sur la vapeur d'eau au-dessus des marais, trouve des microphytes.

Salisbury découvre, en 1868, dans l'air des marais de l'Ohio l'*alga gemiasma.*

Bouchardat, dans son rapport sur les progrès de l'hygiène (1867), incrimine le venin d'animalcules microscopiques auxquels il attribue la fermentation des marais.

Pour Hallier (1867), le miasme paludéen serait une oscillariée.

Dans une communication au Congrès médical de Florence (1869), Balestia et Selmi déclarent coupable l'*alga miasmatica.*

Lanzi et Terrigi, devant l'Académie de médecine en 1876, accusent le *bacillum brunneum.*

Corre, en 1875, trouve des oscillariées dans les eaux de quelques localités insalubres de la côte occidentale d'Afrique ; mais il ne croit pas à leur action dans la genèse de la malaria.

Magnin, dans sa thèse sur l'impaludisme dans les Dombes, reconnaît comme cause la *palmella coccoma* (Paris, 1876).

Ecklund, médecin de la marine suédoise, trouve en 1878, dans les limons des marécages et les amas de varechs, un champignon, *limnophysalis hyalina,* qui pour lui est le parasite de la fièvre intermittente. Il retrouve ce même champignon dans le sang et les urines.

En 1879, Klebs et Tommassi affirment que les organismes que l'on considère comme la vraie cause de la malaria appartiennent au genre Bacillus (*bacillus malariæ*). On le rencontre dans le sol, dans l'air infecté, dans le sang des animaux en expériences. Dans le sol, il se présente sous la forme de spores nombreux, brillants, ovales, ayant $0^{mm}95$ de grand axe. Dans les cultures du parasite et dans le sang des animaux, il se transforme en longs filaments, d'abord homogènes, puis se subdivisant.

Laveran décrit, en 1881, un nouveau parasite trouvé dans

le sang des malades atteints de fièvre palustre et lui reconnaît trois formes :

C'est tantôt un corps kystique N° 1 et en croissant, pigmenté à la partie moyenne, transparent et incolore au delà de cette partie, long de 8 à 9 μ et large de 3 ; il change rapidement de forme.

Tantôt un corps kystique N° 2 ou sphérique, dont les contours sont indiqués par une ligne très fine, quelquefois double ; leur masse hyaline et transparente renferme des granulations identiques à celles qu'on trouve dans les corps N° 1, disposées irrégulièrement ou en couronne. Sur les bords de ces éléments on distingue souvent des filaments qui leur impriment des mouvements.

Enfin les corps kystiques N° 3, qui seraient les cadavres des N^{os} 1 et 2. Ils ont des dimensions à peu près égales à celles des leucocytes, mais s'en distinguent par leur réfringence, qui est plus grande, et par l'absence de noyaux.

C'est bien le cas de dire qu'il y en a pour tous les goûts, et que le chercheur qui n'en trouve pas au moins un n'a pas de chance. De ce nombre est M. Maurel, médecin principal de la marine en retraite, aujourd'hui professeur à l'École de médecine de Toulouse. Il écrit en effet, dans les *Archives de médecine navale*, tome XLVII :

« Je dois le dire, si Richard et Zuber ont vu le parasite de Laveran, combien d'autres l'ont cherché sans l'avoir trouvé ! Laveran me permettra de me mettre de ce nombre. Je cherche son parasite de 1881, et avec un désir d'autant plus vif de le trouver, que toutes mes idées me font admettre la nature parasitaire du paludisme, et je n'ai rien vu qui me convainque. J'ai fait plusieurs centaines d'examens de sang de paludiques, soit à la Guadeloupe, en Cochinchine, au Cambodge, soit en France, et cela sur des malades qui ont succombé aux accès pernicieux, et je suis encore à trouver le premier filament

mobile... » Calmette n'a pas été plus heureux, au Gabon, bien qu'il eût suivi minutieusement, dans ses recherches, la technique recommandée par Laveran.

M. Kelsch, dans ses remarquables études sur le sang mélanique, n'a rien vu qui lui fît songer à autre chose qu'à des éléments normaux déformés et pigmentés.

Que penser d'une aussi longue énumération ? Chaque auteur a tenu à attacher son nom à une théorie ; chacun a voulu avoir son microbe particulier. Que dire ? sinon que cette variété d'agents pathogènes est une preuve en faveur de la faiblesse de l'hypothèse parasitaire.

Beaucoup de faits sont contraires à cette théorie : en effet, comment expliquer les accès pernicieux après le départ d'un pays palustre et ceux survenant longtemps après ? Comment expliquer même les accès simples qui se manifestent à longue échéance ?

Les partisans de la théorie parasitaire répondent que ces accès correspondent à l'évolution des microorganismes. Mais cette évolution est alors sujette à de grandes variétés ; car un malade a un accès un mois après avoir quitté le pays palustre, un autre deux mois après son départ.

« On n'a pas réfléchi, dit M. Corre, que tout être a des phases de développement fixes et invariables : ce qui ne s'accorde guère avec l'irrégularité fréquente des manifestations morbides, les intervalles d'apyrexie tantôt si courts et tantôt si prolongés. C'est que la périodicité n'est pas la conséquence immédiate d'une impression qui persiste, inégale en son action : elle est, en l'espèce, comme la marque d'un état d'équilibre instable de certains centres de l'innervation, amené par un contact spécifique qui s'est aussitôt dérobé, équilibre susceptible de rupture spontanée, à termes réguliers et rapprochés, ou provoquée, à termes éloignés, sous des influences multiples (changement de climat, traumatisme, émotions vives, etc.), selon que

les cellules spinales épuisent plus ou moins facilement leur activité cordinatrice. »

A l'appui de la théorie microbienne, on a cité l'action antiparasitaire du sulfate de quinine ; mais cette action est très douteuse, puisque Vulpian a calculé que si les microbes du paludisme étaient des bactéries, il faudrait administrer au moins 30 grammes de sulfate de quinine dans les 24 heures.

La doctrine chimique, au contraire, paraît plus plausible, plus satisfaisante.

On sait que vie et mort s'accompagnent de production de ptomaïnes.

La putréfaction végétale, sous l'influence de l'eau et de la température, doit certainement en créer.

Ces ptomaïnes peuvent être plus ou moins volatiles : de là leur action à distance plus ou moins forte.

Elles peuvent être plus ou moins résistantes à l'oxydation : de là la variété de leurs effets.

Elles peuvent être plus ou moins actives, ce qui expliquerait les accès à plus ou moins longue échéance, selon que l'organisme lui-même sera plus ou moins résistant.

On comprend que l'idiosyncrasie d'une part, l'activité du poison de l'autre, l'intensité de l'absorption et de l'élimination, puissent amener une sorte d'état d'équilibre dans lequel nous restons vis-à-vis de ce poison. Mais nous partons: les habitudes, la température, les vêtements, la nourriture, etc., tout change ; sous l'influence des variations atmosphériques, l'élimination diminue, l'équilibre se rompt et l'accès de fièvre a lieu hors du pays palustre, alors que, dans le pays, nous n'en avons pas eu. Cet accès peut revêtir la forme grave et même être pernicieux par la même raison.

Il se produit, pour ainsi dire, une action analogue à ce qui se passe chez les scaphandriers, qui restent une partie de la journée sous la cloche à plongeur. Tant que la pression de

l'air se maintient à *n* atmosphères, il ne se produit aucun accident. Si, au contraire, la décompression est brusque, les accidents surgissent immédiatement.

Tous ces faits sont inexplicables par la doctrine parasitaire ; l'hypothèse du poison nous paraît plus plausible ; car d'autres agents toxiques, le plomb, l'arsenic, le mercure, agissent d'une façon analogue. On sait, en effet, que les saturnins, les arsenicophages et autres accumulent, soit dans le foie, soit dans le cerveau, des quantités pondérables d'arsenic, de plomb, etc. Les individus soumis à ces intoxications peuvent rester fort longtemps sans présenter aucun symptôme toxique, tout en continuant à être exposés aux effets du poison. Un beau jour, ils cessent l'absorption pour une cause quelconque, changement d'atelier, suppression d'arsenic, et immédiatement l'arsenic et le plomb, qui ont été accumulés depuis longtemps dans l'organisme, agissent comme un toxique pris à dose énorme.

Ces faits, qui sont connus de tous pour le mercure, pour le plomb, pour l'arsenic, ne peuvent-ils pas, par analogie, expliquer la fièvre se produisant chez des individus ayant vécu dans un pays palustre sans en avoir subi de dommages, et pris de fièvre au sortir même de ces régions palustres ?

Il y a une assuétude de l'organisme pour un poison pris à une petite dose constante, assuétude qui s'appelle tolérance, laquelle est rompue dès qu'on suspend l'administration du poison. Pourquoi cette assuétude n'existerait-elle pas pour le poison malarien, qui manifestera sa présence lorsque les conditions extérieures seront modifiées ?

M. Ball a dernièrement communiqué à l'Académie de médecine le fait d'une femme morte après suppression de la morphine, et il dit à ce sujet : « La présence du poison, révélée par tous les réactifs des alcaloïdes de l'opium, alors que la malade ne prenait plus de morphine depuis 15 jours, indique que ce poison peut séjourner souvent, sinon toujours, dans les tissus

après avoir pénétré dans l'économie, et la présence du poison dans les organes pourrait expliquer par une sorte d'auto-intoxication, les accidents tardifs qui s'observent quelquefois chez les morphinomanes longtemps après la cessation de l'abus. On pourrait aussi expliquer de la même manière l'apparition de certains symptômes produits par l'abstinence complète. »

Dans ces cas-là, il faut tenir compte de la susceptibilité de l'organisme ; il arrive souvent, chez des individus soumis aux préparations mercurielles (le calomel, par exemple) que l'action d'un refroidissement ou d'une autre cause occasionnelle banale suffit pour faire apparaître des symptômes d'intoxication. N'en serait-il pas de même chez l'impaludé qui s'expose à une cause banale, laquelle suffit pour rompre l'équilibre et faire éclater une fièvre qui dormait jusque-là ?

Quant aux ptomaïnes végétales, elles peuvent, suivant l'hypothèse, se multiplier par force catalytique, soit en dehors de l'organisme, soit dans l'organisme.

Hors de l'organisme, elles pourraient expliquer la naissance de fièvre intermittente (après apport) dans les pays autrefois indemnes. Mac Auliffe prétend que les coolies de l'Inde ont apporté à la Réunion une fièvre qui s'est établie depuis dans le pays, qui, depuis cette époque, s'y est acclimatée, et qui a été entretenue probablement par une reproduction constante des éléments fébrigènes. Je veux parler du *relapsing fever*, fièvre à rechute. Peut-être dans cette question y a-t-il lieu de tenir compte de l'influence ethnique.

Pour la seconde hypothèse, c'est-à-dire production de ptomaïnes de putréfaction végétale dans l'organisme, il faut faire intervenir la force catalytique. Ces ptomaïnes s'accumulent en se reproduisant dans l'organisme, y séjournent sans manifester leur présence jusqu'au jour où une cause occasionnelle banale rompt l'équilibre. Il y aurait fièvre alors, et en même temps production de poison, de ptomaïnes, restant après

l'accès dans l'organisme, s'y multipliant jusqu'à ce qu'une nouvelle cause occasionnelle à longue échéance vienne déterminer l'accès ; en outre, il suffirait pour faire éclore cette fièvre d'une condition rappelant une de celles qui ont déterminé la première production de fièvre. Fonssagrives cite des cas de fièvre produits à bord sur des matelots ayant séjourné dans les pays chauds, accès se reproduisant quand le navire approche des parages où ces hommes ont été antérieurement atteints.

Pourquoi, dès lors, la fabrication des ptomaïnes ne serait-elle pas à ce moment-là modifiée en plus par une excitation (température, hygrométrie, etc.) du même ordre que celle qui existait quand le malade a été atteint pour la première fois?

Ces poisons sont moins reproductibles que ceux du choléra, de la fièvre jaune, de la peste ; mais ce n'est qu'une question de temps et aussi de personne.

Nous croyons donc à une analogie d'action entre le poison palustre et le mercure, le plomb, l'arsenic, la morphine.

Nous ne terminerons pas sans citer l'hypothèse suivante, que M. le Dr Rangé a bien voulu nous communiquer; si elle n'est pas destinée à enlever tous les suffrages, elle présente certainement un caractère d'originalité et paraît assez séduisante malgré les objections dont elle est susceptible.

Ne pourrait-il pas se faire, dit M. Rangé, que ces accès revenant à une longue échéance ne fussent qu'une sorte de retour de l'organisme à une mauvaise habitude? Et pourquoi ne se produirait-il pas, au point de vue de la fièvre et des troubles momentanés qu'elle détermine, ce qui se produit chez un grand nombre d'hypnotiques ? Ainsi, dans l'hypnose, on détermine à volonté certains états sur un sujet donné, états que le malade oublie dès son réveil. Si ce même sujet est plongé dans le sommeil hypnotique, trois semaines ou un mois plus tard, le même état, que l'on avait artificiellement pro-

voqué lors d'une première séance, se reproduit de lui-même sans qu'il soit suggéré par l'hypnotisant, comme par le fait d'un retour de mémoire de l'organisme qui, se trouvant dans l'état hypnotique, retrouve les autres modifications qui accompagnaient cet état au début.

Ne serait-ce pas analogue à ce phénomène psychique de la mémoire, par lequel une note entendue, une phrase musicale, réveille dans notre souvenir un long morceau d'opéra qui y dormait depuis longtemps?

L'observation suivante vient à l'appui de cette manière de voir :

M. M..., ingénieur, fait un séjour de trois années à la Guyane. Il y est atteint de paludisme à forme ordinaire. De retour en France, à Paris, il se porte très bien ; puis un jour il est invité à dîner chez un ami, dans les environs du Jardin-des-Plantes. En attendant l'heure du dîner, M. M..., très dispos, entre au jardin et va visiter les serres renfermant les plantes exotiques. Dès le premier pas, dit-il, j'ai ressenti l'impression de l'odeur des grands bois de la Guyane. Presque immédiatement, il est pris de frissons et a un accès de fièvre qui s'accompagne de délire. Il ne put se rendre à l'invitation. L'accès fut traité énergiquement par la quinine, et ce fut le seul qu'il ressentit pendant son séjour en France.

Ne serait-ce pas là comme une souvenance de l'organisme, qui, impressionné par un milieu analogue, sinon identique à celui qui a primitivement déterminé les accidents palustres, réagit en défilant toute la série des accidents malariens, comme un son qui, venant frapper l'oreille, réveille ensuite dans notre mémoire une longue phrase musicale?

CHAPITRE IV

Si l'étiologie des fièvres graves et pernicieuses est encore entouré de difficultés, malgré le nombre de théories émises par les différents auteurs, le diagnostic n'en est pas moins compliqué ; car c'est là une des questions de pathologie les plus complexes et les plus controversées. Admises par les uns et niées ou à peu près par les autres, les fièvres pernicieuses laissent le praticien non prévenu dans une triste alternative, et l'hésitation d'un instant a pour unique conséquence la mort rapide et presque instantanée du malade ; aussi doit-il se montrer très réservé sur le pronostic, de peur qu'une parole rassurante lancée au hasard ne soit considérée comme une preuve d'ignorance par l'entourage, toujours mal disposé à l'égard du médecin, qui n'a pas su prévoir une échéance fatale aussi rapprochée.

Torti, qui a si bien étudié les fièvres pernicieuses, dit que l'accident particulier et funeste qui annonce et constitue la perniciosité se montre très rarement dès le premier accès des fièvres périodiques, et c'est précisément ce début qu'il est indispensable de ne pas méconnaître ; car, sous des apparences douces, bénignes et naturelles, il cache la malignité... Les signes les plus habituels de la fièvre pernicieuse sont : une douleur mordicante à la région de l'estomac, des vomissements, un flux de ventre..., une invincible tendance au som-

meil... Mais ces symptômes peuvent appartenir à une fièvre simple, bénigne ; dans ce cas, ils s'apaisent bientôt et tout rentre dans l'ordre.

S'ils persistent, leur étrangeté doit éveiller des soupçons légitimes. Voici surtout les signes dont la persistance pendant l'apyrexie doit faire redouter l'imminence de la perniciosité : la sécheresse de la langue ou son aspect sale ; chez un malade qui ne souffre pas et n'a plus de fièvre, de l'agitation, de l'inquiétude, une fréquente émission de soupirs, pour se procurer du soulagement, des vomiturition à vide et non provoquées par une stimulation quelconque, ou encore des déjections alvines franches, une envie de dormir inopportune ou tout autre symptôme de cet ordre.

Pour M. Colin, ce n'est ni le type périodique, ni le mouvement fébrile, ni l'examen de la rate qui peuvent assurer le diagnostic des fièvres pernicieuses. Il faut tenir compte du lieu, de l'époque où elles se manifestent et de la coexistence d'autres affections palustres, ainsi que des antécédents du malade et de la forme clinique la plus habituelle à la fièvre pernicieuse dans le pays où on observe.

Les antécédents du malade doivent jouer un très grand rôle, et devant une manifestation fébrile insolite pour la localité où on se trouve, le premier renseignement à chercher sera de connaître les localités ou les pays habités par le malade pendant les dernières semaines qui ont précédé la maladie ; car, si on est prévenu qu'on a à traiter un impaludé, on n'hésitera pas à administrer immédiatement le sel quinique, que l'on ait affaire à une manifestation grave ou pernicieuse.

Il est impossible de distinguer, au début, une fièvre grave d'une fièvre pernicieuse ; et le diagnostic différentiel du paludisme avec les différentes formes de typhus, les méningites aiguës, présentent aussi de très grandes difficultés.

Aussi, avec M. Colin, insisterons-nous sur les antécédents, et si le malade a habité des pays palustres, il ne faudra pas hésiter à administrer immédiatement le sulfate de quinine, se conformant à l'adage de Senac : *Majus est in mora periculum, quam in cortice peruviano adhibendo.*

CHAPITRE V

Nous ne nous occuperons que du traitement des manifestations graves et pernicieuses du paludisme, laissant à dessein de côté tout ce qui a trait à l'anémie et à la cachexie palustres.

Nous avons peu de chose à ajouter à ce qui a été répété tant de fois par tous les auteurs qui se sont occupés de la fièvre intermittente. Les sels de quinine (sulfate, bromhydrate, etc.) jouissent d'une efficacité incontestable, et dans les manifestations malariennes qui nous occupent ils doivent être employés immédiatement, à haute dose et sous une forme qui en rende l'absorption aussi rapide que possible.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un paludéen atteint d'accès irréguliers et présentant des symptômes insolites (prostration, délire, sueurs froides, diarrhée, vomissements, etc.), il faut administrer immédiatement un sel de quinine.

Trois voies sont à la disposition du médecin pour faire absorber ce médicament : la bouche, le rectum et le tissu cellulaire sous-cutané. Dans les manifestations graves du paludisme, il sera rarement facile de donner la quinine par la bouche, soit à cause des vomissements qui, par leur fréquence, empêchent l'absorption, soit à cause de la difficulté que le malade peut éprouver pour accomplir l'acte de la déglutition. Les lavements pourront être prescrits ; mais il y a à craindre que l'absorption ne soit pas assez rapide, à cause de la gravité de l'état général et des déjections fréquentes qui peuvent se produire.

Aussi donnerons-nous la préférence aux injections hypodermiques.

On a élevé plusieurs objections contre cette manière de procéder. Pendant notre séjour à la Guadeloupe, et surtout à la Guyane, nous avons largement employé les injections sous-cutanées, et nous devons dire que jamais nous n'avons eu d'accidents. Il s'est souvent formé au niveau de l'injection une induration peu douloureuse à la pression et qui disparaissait dans une huitaine de jours, mais jamais nous n'avons eu d'abcès.

La solution de quinine que nous avons employée se prépare de la façon suivante :

On place, dans un mortier ou un verre, 2 grammes de sulfate de quinine ; on verse ensuite 8 grammes d'eau distillée. En agitant avec un pilon ou un agitateur, ce mélange prend une consistance pâteuse ; on ajoute un cristal d'acide tartrique et on continue à agiter lentement. Au bout de quelques minutes la consistance diminue et la solution prend un aspect laiteux. A ce moment, on enlève le cristal d'acide tartrique, tout en continuant à agiter le liquide ; presque toujours, la dissolution achève de se faire, grâce à l'acide dissous en excès, et le liquide devient tout à fait limpide. S'il reste encore un peu de louche, on plonge de nouveau le cristal pendant un temps d'autant plus long que le liquide est plus trouble, et en tâtonnant on arrive ainsi à avoir une solution où il n'y a que la quantité d'acide nécessaire pour en obtenir un liquide incolore, c'est-à-dire pour que la solution soit complète.

La solution ainsi obtenue est filtrée et représente une dose de 0,25 de sulfate de quinine par gramme de liquide.

L'aiguille de Pravaz doit être soigneusement flambée à l'alcool avant l'opération; l'injection est faite, soit au bras soit à la cuisse, en évitant les vaisseaux. Au lieu de pincer la peau entre le pouce et l'index et de pousser l'injection dans ce pli cutané, nous étalions au contraire fortement la peau, et la canule était poussée un peu obliquement et aussi profondément que possible. Le liquide était ensuite injecté très doucement dans les

couches les plus profondes du tissu cellulaire sous-cutané et peut-être quelquefois dans les muscles sous-jacents ; mais jamais nous n'avons eu d'accidents, et l'induration, qui n'a pas été constante, douloureuse seulement à la pression, disparaissait rapidement.

Trois, quatre et quelquefois cinq injections étaient faites coup sur coup, et dans beaucoup de cas la fièvre cédait devant ce traitement : la température redevenait normale, et de l'accès qui avait mis en danger les jours du malade il ne restait qu'un abattement d'autant plus profond que l'accès avait duré plus longtemps et que la température avait été plus élevée.

Nous avons encore présent à la mémoire le cas d'un gendarme de la maréchaussée hollandaise apporté presque mourant à l'hôpital du Maroni. Le malade était dans un état de prostration très avancé; il répondait très difficilement aux questions qui lui étaient posées ; il accusait une violente céphalalgie et vomissait des matières glaireuses incolores. Il avait eu un violent frisson dans la matinée, sans chaleur ni sueurs. Le thermomètre marquait 41,8 à onze heures du matin. Nous prescrivons du thé punché très chaud, des compresses d'eau sédative sur la tête, des sinapismes aux membres inférieurs, et nous faisons 3 injections hypodermiques de 0,25 chacune. A une heure de l'après-midi commence la période de chaleur ; la température est de 41,3. Nous faisons deux nouvelles injections. A quatre heures, d'abondantes sueurs se produisent ; la température est de 40,5. Le malade accuse moins de céphalalgie. A six heures, le thermomètre marque 38,5. Nous prescrivons une potion calmante. La nuit est bonne, et le lendemain le thermomètre marque 37°. Deux jours après, le malade demandait à sortir.

Devant un état général aussi grave et une température aussi élevée, nous n'avons pas hésité à agir immédiatement, à injecter ,50 de sulfate de quinine, et nous croyons que c'est grâce à ce traitement que ce mourant a été rappelé à la vie.

Le traitement de ces manifestations graves du paludisme est évidemment le même en France qu'aux colonies et, comme la solution de morphine, la solution de quinine doit prendre place dans l'appareil des salles. Seulement on doit fréquemment renouveler cette solution, car il se forme un dépôt que j'accuserais volontiers de causer souvent des accidents. Je ne me servais que de solutions datant de moins de 48 heures.

Nous n'avons parlé que du sulfate de quinine, parce que ce sel, seul, est admis dans les pharmacies coloniales. Mais en France on doit lui préférer le chlorhydrate, qui est plus soluble et plus riche en alcaloïde (80 pour 100) ou encore le bromhydrate, qui en contient 64 pour 100.

Les sels de quinine sont très efficaces dans les différentes formes d'accès malarien ; tous les observateurs sont d'accord sur ce point. Mais comment agissent-ils ? C'est là une question qui a vivement préoccupé les physiologistes ; elle a été longuement étudiée dans ces derniers temps; mais la lumière n'est pas encore faite sur ce sujet, et c'est d'une manière empirique que la quinine est encore employée. Les théories de l'action de la quinine sur le système nerveux, sur la circulation, étaient à peine émises qu'elles trouvaient des détracteurs, et des expériences contradictoires venaient les réduire à néant. Laissons aux physiologistes le soin d'élucider cette question, et nous, qui observons dans les colonies, contentons-nous d'enregistrer les heureux résultats constamment obtenus.

Depuis quelque temps on expérimente, dans les hôpitaux de la marine, le *cassia fedegosa* et le *dundaké*. Dans les cas de cachexie ou de fièvre rebelle à la quinine, on a obtenu de bons résultats; mais ces substances ne sont pas encore entrées dans la pratique : aucun alcaloïde n'a été extrait et la méthode hypodermique ne peut leur être appliquée.

En terminant, nous devons nous demander s'il n'y a pas un traitement prophylactique, s'il n'est pas possible d'enrayer la

marche du paludisme et de diminuer les ravages qu'il fait parmi nos fonctionnaires européens et nos troupes de l'infanterie de marine.

On a proposé l'administration de la quinine préventive à la dose de 0,20 ou 0,25 par jour. Notre expérience nous permet de dire que ce moyen est absolument inefficace, peut-être même est-il dangereux. Du vin quininé (0,20 de sel pour 250 gr. de liquide) a été donné aux soldats d'infanterie de marine stationnés à la Guyane dans des cantonnements voisins des marais. On a dû défricher pour rendre le local plus confortable et, malgré le vin quininé, le paludisme a fait son apparition. On a constaté de graves accès contre lesquels la quinine a peu agi, et on n'a pu enrayer des symptômes alarmants qu'avec des doses massives.

Les mêmes faits se sont produits dans les différentes stations locales où les équipages, obligés de séjourner dans des pays à malaria (Antilles, Madagascar, Gabon), recevaient tous les jours des doses de quinine. Des accès pernicieux se sont produits, et les injections hypodermiques elles-mêmes sont restées quelquefois inefficaces, à cause de l'accoutumance de l'organisme pour le sel quinique.

Je ne veux pas cependant enlever au vulgaire ses illusions; et de même qu'à Toulon, pendant l'épidémie de choléra de 1884, je faisais l'éloge des cigarettes de camphre pour rassurer les gens timorés, de même à la Guyane, chaque fois qu'un chasseur venait me demander s'il n'agirait pas sagement en prenant de la quinine avant son départ, je n'avais garde de l'en dissuader. Il partait plus rassuré ; mais je n'étais nullement surpris d'être appelé auprès de lui, quelques jours après, pour traiter un accès fébrile ; et cela m'est arrivé bien des fois.

Si je ne crois pas à la quinine préventive, je dois dire que j'ai pleine confiance dans l'hygiène privée, et en particulier dans l'hygiène alimentaire. L'habitation joue certainement un

grand rôle : aussi doit-on se loger, lorsque cela est possible, sur les bords de la mer ou dans un endroit élevé, loin des marais et à l'abri des vents qui passent à leur surface ; mais l'alimentation est de beaucoup le point le plus important.

Cette nourriture débilitante des colonies, composée de lard, de conserves de bœuf, de légumes secs, dont la qualité laisse toujours à désirer et qui se répète trois, quatre et cinq fois par semaine, plonge les gens soumis à un pareil régime dans l'anémie la plus profonde, et l'organisme ne peut plus lutter contre le poison malarien, qui par son action constante amène une issue fatale.

Un soldat appartenant à l'artillerie de marine est mort d'anémie à l'hôpital de Cayenne : gardien d'un magasin, par conséquent menant une vie sédentaire, vivant pour ainsi dire loin de la caserne, il s'est anémié peu à peu sans aller voir le médecin, et lorsqu'il a été à la visite on l'a dirigé d'urgence sur l'hôpital, où il est mort quelque temps après ; le traitement tonique, ayant été commencé trop tard, n'a pu arrêter la déglobulisation.

En France, la ration du militaire est essentiellement constituée par de la viande et du pain d'une qualité irréprochable ; de plus par ses propres ressources le soldat peut augmenter son bien-être matériel. Aux colonies, il n'en est rien ; outre que sa ration est de très mauvaise qualité, il ne la touche même pas régulièrement, grâce à l'incurie administrative. Un sinistre maritime a laissé la Guyane pendant 2 mois sans viande, en 1881. En 1887, le même fait, s'étant renouvelé, a été suivi des mêmes conséquences, et pendant 8 jours les conserves ont constitué l'unique ration de la troupe.

Lorsque les farines, le vin et les autres substances alimentaires pour les rationnaires de l'Etat arrivent de France, une commission est chargée de les examiner et le refus est souvent voté à l'unanimité. De volumineux rapports sont alors adressés

en haut lieu. Seulement, comme les moyens de communication sont rares, qu'on est dans l'impossibilité de faire changer les objets refusés et que les provisions sont épuisées, on fait consommer les articles condamnés, n'en ayant pas d'autres. Dans les postes, nous avons souvent été témoin de pareils faits et nous avons nous-même touché comme ration du pain que les animaux eux-mêmes refusaient de manger.

De nombreuses plaintes émanant de toutes les colonies ont enfin ému l'autorité supérieure, et aussi avons-nous applaudi des deux mains à la décision qui plaçait au ministère un pharmacien de la marine pour l'analyse des matières livrées par le commerce au service colonial. Nous ne doutons pas qu'une pareille mesure ne soit efficace, et nous osons espérer qu'une juste sévérité dans le contrôle des substances alimentaires viendra modifier avantageusement le bien-être de nos troupes coloniales, trop longtemps sacrifié à des nécessités budgétaires.

Notre travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les fièvres graves et pernicieuses sont assez fréquentes en France, chez les militaires revenant des colonies.

2° Ces fièvres à longue échéance sont dues à l'évolution dans l'organisme d'un agent toxique dont la nature est encore inconnue.

3° Parmi les nombreuses hypothèses émises pour expliquer ces manifestations fébriles loin des pays palustres, la doctrine chimique paraît la plus plausible et semble rendre mieux

compte des symptômes graves et pernicieux observés en France.

4° L'injection sous-cutanée de quinine est le seul traitement efficace.

5° Pour nos troupes coloniales, l'hygiène alimentaire est le meilleur traitement préventif.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 31janvier 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 30 janvier 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Mahé. — Archives de médecine navale, 1881.

Corre. — — 1875, 1883, 1884.

Maurel. — — 1887.

Ecklund. — — 1878.

Corre. — Traité clinique des maladies des pays chauds.

Laborde. — Thèse d'agrégation, 1875.

Léon Colin. — Traité des épidémies.

— Traité des fièvres intermittentes.

— Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1870.

Laveran. — Traité des fièvres palustres.

Maillot. — Traité des fièvres intermittentes.

Dutrouleau. — Maladies des Européens dans les pays chauds.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne. Tome II.

Burdel. — Recherches sur les fièvres palustres.

Fonssagrives. — Traité d'hygiène navale.

Nielly. — Éléments de pathologie exotique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessns de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !